

# Guia per a l'avaluació de la fibromiàlgia i de la síndrome de fatiga crònica

Gener de 2017



Generalitat de Catalunya  
**Departament de Salut**

**Autores:**

Montserrat Celaya

Dolores Ibáñez

Núria Laseca

Àngels López

Carmen Romero

Eugènia Valls

**Revisors:**

Immaculada Aguado

Margarita Albarracín

Lidia Domingo

Josep Gomis

Dolores Ibáñez

Carolina Infante

Meritxell Martínez

Eugènia Saumell

Cristina Zuazu

**Les autores i els revisors són metges avaluadors de l'Institut Català d'Avaluacions Mèdiques (ICAM).**

© 2017, Generalitat de Catalunya. Departament de Salut.



Els continguts d'aquesta obra estan subjectes a una llicència Creative Commons de Reconeixement-NoComercial-SenseObresDerivades 4.0 Internacional.

La llicència es pot consultar a: <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.ca>

**Edita:**

Direcció General d'Ordenació Professional i Regulació Sanitària.

Subdirecció General d'Avaluacions Mèdiques

**Primera edició:** Barcelona, gener de 2017

**Coordinació editorial:**

Mercè Isern. Comunicació. ICAM

**Assessorament lingüístic:**

Servei de Planificació Lingüística del Departament de Salut

# Sumari

1	Introducció, antecedents i objectius de la guia.....	4
2	Descripció de la fibromiàlgia.....	7
2.1	Definició i manifestacions clíniques.....	7
2.2	Criteris de classificació de 1990 de l'ACR.....	8
2.3	Criteris de classificació de 2010 de l'ACR.....	10
2.4	Classificació dels pacients diagnosticats de FM segons la gravetat.....	10
2.5	Diagnòstic diferencial .....	12
2.6	Proves complementàries .....	12
2.7	Tractament.....	13
2.8	Avaluació dels pacients amb fibromiàlgia .....	14
3	Descripció de la síndrome de fatiga crònica .....	15
3.1	Definició i manifestacions clíniques.....	15
3.2	Criteris diagnòstics .....	15
4	Protocol d'actuació de l'ICAM per emetre el dictamen de valoració .....	21
4.1	Anamnesi.....	21
4.2	Revisió de la informació aportada pels ciutadans .....	22
4.3	Exploració .....	22
4.4	Informes i proves complementàries.....	22
5	Criteris que s'han de recollir dels informes i les proves complementàries .....	24
6	Criteris de valoració i decisions .....	26
7	Bibliografia .....	28
8	Annexos.....	30

## 1 Introducció, antecedents i objectius de la guia

La fibromiàlgia i la síndrome de la fatiga crònica són dues patologies singulars i complexes. No existeixen evidències científiques conforme se n'hagi identificat una etiologia clara ni proves complementàries determinants que ajudin a fer-ne una avaluació medicolaboral totalment objectiva. Per això, l'Institut Català d'Avaluacions Mèdiques (ICAM) va decidir elaborar un procediment de valoració específic d'aquestes dues patologies amb una guia orientativa específica i diferenciada de les Taules de valoració de la capacitat laboral de la patologia reumatològica, elaborada l'any 2015. Així, doncs, aquesta Guia per a l'avaluació de la fibromiàlgia i de la síndrome de fatiga crònica es diferencia de la resta de guies que ha elaborat l'ICAM per especialitats i que contenen, per les seves característiques i freqüència, les principals malalties de cadascuna de les especialitats.

Per aquest motiu, es va procedir a finalitzar l'estudi realitzat per l'ICAM l'any 2007 que tenia l'objectiu general de fer una anàlisi documental de 100 casos sobre una mostra de 400 persones en situació d'incapacitat temporal (IT) per qualsevol causa, o bé en situació d'incapacitat permanent o amb una valoració d'incapacitat permanent, en els quals constés el diagnòstic de fibromiàlgia (FM) i/o síndrome de fatiga crònica (SFC). Aquest estudi incloïa, com a un dels objectius específics, l'elaboració d'un procediment intern reflectit en una guia, després d'haver identificat la corresponent informació mínima necessària. Aquesta guia havia de permetre fer una avaluació correcta de l'estat funcional dels pacients afectats i homogeneïtzar l'actuació dels metges avaluadors de l'ICAM davant les patologies esmentades.

Quan es va publicar al *Butlletí Oficial del Parlament de Catalunya* (BOPC) núm. 269, de 26.5.2008, la [\*\*Resolució 203/VIII\*\*](#) del Parlament de Catalunya, sobre l'atenció a la fibromiàlgia i a la síndrome de fatiga crònica —el punt 6 de la qual indica que és “l'ICAM, l'organisme competent per valorar la incapacitat laboral, quan la incapacitat estigui motivada per FM o SFC, i ha d'aplicar els protocols clínics consensuats per avaluar les persones afectades”—, l'ICAM ja havia realitzat l'estudi assenyalat i havia començat a elaborar la guia de valoració en un dels grups que treballen les línies de qualitat, amb la participació de metges dels diferents serveis interns propis. També, es van valorar uns criteris inicials triats i es van seleccionar, de manera definitiva, els criteris que més endavant es descriuen en aquesta guia.

Així mateix, l'ICAM va participar en el grup de treball creat per fer un protocol denominat “Valoració de la invalidesa: fibromiàlgia o síndrome de la fatiga crònica”, grup del qual formaven part José Alegre, de la Unitat de Fatiga Crònica de l'Hospital Universitari Vall d'Hebron; Jordi Carbonell, de la Unitat de Fibromiàlgia de l'Hospital del Mar; Antonio Collado, de la Unitat de Fibromiàlgia de l'Hospital Clínic de Barcelona; Joaquim Fernández Solà, de la Unitat de Fatiga Crònica del Hospital Clínic de Barcelona; Josefina Jardí; Xavier Gomila i Dolores Ibáñez, de l'Institut Català d'Avaluacions Mèdiques, i Pilar Rivas, magistrada suplent

del Tribunal Superior de Justícia de Catalunya i professora de dret del treball i de la Seguretat Social de la Universitat de Barcelona.

El resultat d'aquest grup de treball va ser un esborrany sobre la guia d'actuació clínica sobre aquestes dues patologies i es va orientar sobre el corresponent procediment de valoració.

Per últim, l'ICAM determina un procediment avaluador sobre el grau d'afectació funcional dels pacients que pateixen la fibromiàlgia i/o la síndrome de fatiga crònica, i la seva relació amb les diferents situacions possibles d'incapacitat laboral.

Aquesta guia inclou algunes recomanacions fetes per l'Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya (AQuAS) el desembre de l'any 2016, al seu informe "Evaluación y abordaje de la fibromiálgia y el síndrome de fatiga crónica".<sup>1</sup>

En la mateixa línia que el **Pla operatiu d'atenció a les persones afectades per les síndromes de sensibilització central**, publicat pel Departament de Salut l'any 2016, la guia té com a objectiu millorar l'avaluació mèdica dels pacients afectats garantint l'equitat i la qualitat i, servir per homogeneïtzar els criteris de valoració d'aquestes patologies.

El Pla operatiu crea i desenvolupa unes unitats d'expertesa territorials per a l'abordatge de la fibromiàlgia, la síndrome de la fatiga crònica i la síndrome química múltiple, que estan formades per equips multidisciplinaris (atenció primària, infermeria, reumatologia, medicina interna, al·lèrgologia, toxicologia, psicologia, treball social, etc.), que garanteixen una atenció integrada i una alta resolució. Els coordinadors d'aquestes unitats formen part del Comitè clínic, que té com a objectiu compartir l'evidència científica i la informada, els protocols clínics i les guies d'actuació, així com promoure la recerca i innovació i establir els criteris de derivació entre l'atenció primària i l'atenció a altres especialitats hospitalàries.

El Pla operatiu també incorpora l'existència d'una Comissió de seguiment de les síndromes de sensibilització central com un òrgan de participació. Aquesta Comissió de seguiment està integrada per representants del Departament de Salut, per representants de les entitats proveïdores, pel Comitè clínic i per representants d'associacions de pacients amb la funció, entre d'altres, de fer el seguiment de la implantació del Pla, identificant les fortaleeses i les mancances i, conseqüentment, proposar estratègies per a la millora.

Finalment, el Pla operatiu estableix els criteris de qualitat assistencial que han d'acomplir aquestes unitats d'expertesa territorials, i proposa també diferents indicadors, tant de procés com de resultat que permetran avaluar el seu funcionaments.

---

<sup>1</sup> "Evaluación y abordaje de la fibromiálgia y el síndrome de fatiga crónica": Agència de Qualitat i Avaluacions Sanitàries de Catalunya (AQuAS). Desembre de 2016 [En fase d'edició].

### **Objectius principals d'aquesta guia**

Els objectius principals d'aquesta guia són orientar sobre la informació necessària per valorar el grau de limitació funcional de les persones afectades per la fibromiàlgia i/o per la síndrome de fatiga crònica i homogeneïtzar els criteris de valoració dels metges avaluadors de l'ICAM.

## 2 Descripció de la fibromiàlgia

### 2.1 Definició i manifestacions clíniques

La fibromiàlgia (FM) és una síndrome caracteritzada per dolor generalitzat que es localitza en les zones musculars, els tendons, les bosses i el raquis.

Actualment es considera que és la causa principal de dolor crònic. **Afecta un 2-3% de la població general.** La prevalença mitjana és d'un 3,1% a Amèrica, 2,5% a Europa i 1,4% a l'Àsia.

La FM és més prevalent en el cas de les dones que en el dels homes (4,2% i 1,4%, respectivament), en les persones de més 50 anys, en els casos en què hi ha un baix nivell d'educació i baix nivell socioeconòmic, i en el de les persones que viuen en àrees rurals (Queiroz 2013).

La FM s'acompanya d'altres comorbiditats, com en el cas de la síndrome de fatiga crònica, colon irritable, depressió, ansietat, atacs de pànic i desordres d'estrès posttraumàtic (Queiroz 2013).

La prevalença de la FM a España s'estima a partir de l'estudi EPISER, Estudi de prevalença de les malalties reumàtiques (Mas 2008; Carmona 2001). La prevalença de la FM va ser del 2,4% i significativament més freqüent en el cas de les dones (4,2%) que en el dels homes (0,2%).

Tant **l'etiologia com els mecanismes** que desencadenen la malaltia són ara per ara desconeguts. Els investigadors especulen que hi ha diversitat de factors que per sí sols o bé combinats amb altres podrien originar-la. En aquest sentit, s'han proposat com a possibles desencadenants factors infecciosos, traumes físics i emocionals, canvis hormonals o, segons les últimes teories, l'existència de nivells anòmals d'algunes substàncies químiques, particularment la substància P i la serotonina, relacionades amb el transport dels estímuls nociceptius que intervenen en la transmissió i amplificació de la sensació de dolor.

**Les manifestacions clíniques** de la FM configuren un quadre que inclou diversos símptomes. Als símptomes principals, com són el dolor i el cansament, s'hi afegixen la rigidesa muscular, les parestèsies matinals, el son no reparador i els trastorns psíquics (ansietat i depressió).

Des del punt de vista clínic, una de les complexitats de la FM radica a establir-ne un diagnòstic diferencial correcte respecte a altres patologies que cursen amb uns símptomes semblants. La dificultat de poder-ne objectivar les manifestacions clíniques a través de proves

complementàries en compliquen la valoració i la concreció de la gravetat. Aquesta valoració està molt condicionada pel grau de dolor subjectiu de les persones afectades.

Per tant, la fibromiàlgia no és una entitat ben definida en si mateixa, i el seu diagnòstic respon al consens entre els clínics respecte a la valoració del nivell de dolor. Els criteris de classificació de 1990 de la Societat de Reumatologia dels Estats Units (American College of Rheumatology, ACR, 1990), basats en un examen de punts dolorosos i que requerien l'avaluació d'especialistes, han generat moltes crítiques.

D'una banda, es va fer palès que el recompte dels punts dolorosos constituïa una barrera important i que poques vegades es realitzava en l'atenció primària, on es diagnostica el nombre més elevat de casos de FM.

En conseqüència, en la pràctica, el diagnòstic de la FM ha estat fonamentalment un diagnòstic basat en la simptomatologia descrita pels pacients.

De l'altra banda, tot i que els altres símptomes de la FM, la fatiga, el son no reparador, els trastorns cognitius, etc., no es van considerar per a la classificació de 1990 de l'ACR, darrerament sí que se n'ha jerarquitzat la importància. La FM ha deixat de considerar-se una malaltia perifèrica musculoesquelètica i s'ha produït un reconeixement cada vegada més important de la sensibilització central del dolor com la base neurobiològica subjacent que explica la majoria dels símptomes sistèmics. Aquestes crítiques han donat lloc als nous criteris diagnòstics de FM proposats per la Societat de Reumatologia dels Estats Units l'any 2010 (ACR 2010) (Wolfe 2010).

A diferència dels criteris previs de l'ACR de 1990, els de 2010 no consideren el recompte de punts dolorosos un element fonamental del diagnòstic de la FM i només preveuen la valoració quantitativa del dolor generalitzat i d'altres manifestacions de la FM com són el cansament, son no reparador, símptomes cognitius i símptomes orgànics.

## **2.2 Criteris de classificació de 1990 de l'ACR**

### **1. Dolor crònic generalitzat de més de tres mesos d'evolució.**

- 1.1. Afectació com a mínim de tres dels quatre quadrants del cos (hemicòs dret i esquerre per sobre i sota de la cintura).
- 1.2. Dolor a l'esquelet axial (columna cervical, dorsal, lumbar i paret toràcica anterior).



**2. Dolor ocasionat per la pressió d'almenys 11 dels 18 punts elegits (9 punts parells).**

- 2.1. Occípit: insercions occipitals dels músculs suboccipitals (punts 1-2 de la figura 1).
- 2.2. Cervical baix: cara anterior dels espais intertransversals C5-C7 (punts 3-4 de la figura 1).
- 2.3. Trapezi: punt mitjà de la vora superior de l'escàpula (punts 5-6 de la figura 1).
- 2.4. Supraespinós: sobre el punt mitjà de l'espina escapular (punts 7-8 de la figura 1).
- 2.5. Segona costella: unió costocondral (punts 9-10 de la figura 1).
- 2.6. Epicòndil: 2 cm distalment a l'epicòndil (punts 11-12 de la figura 1).
- 2.7. Gluti: quadrant superoextern de la natja (punts 13-14 de la figura 1).
- 2.8. Trocànter major: posteriorment a l'eminència trocanteriana (punts 15-16 de la figura 1).
- 2.9. Genoll: coixinet adipós de la cara interna del genoll (punts 17-18 de la figura 1).

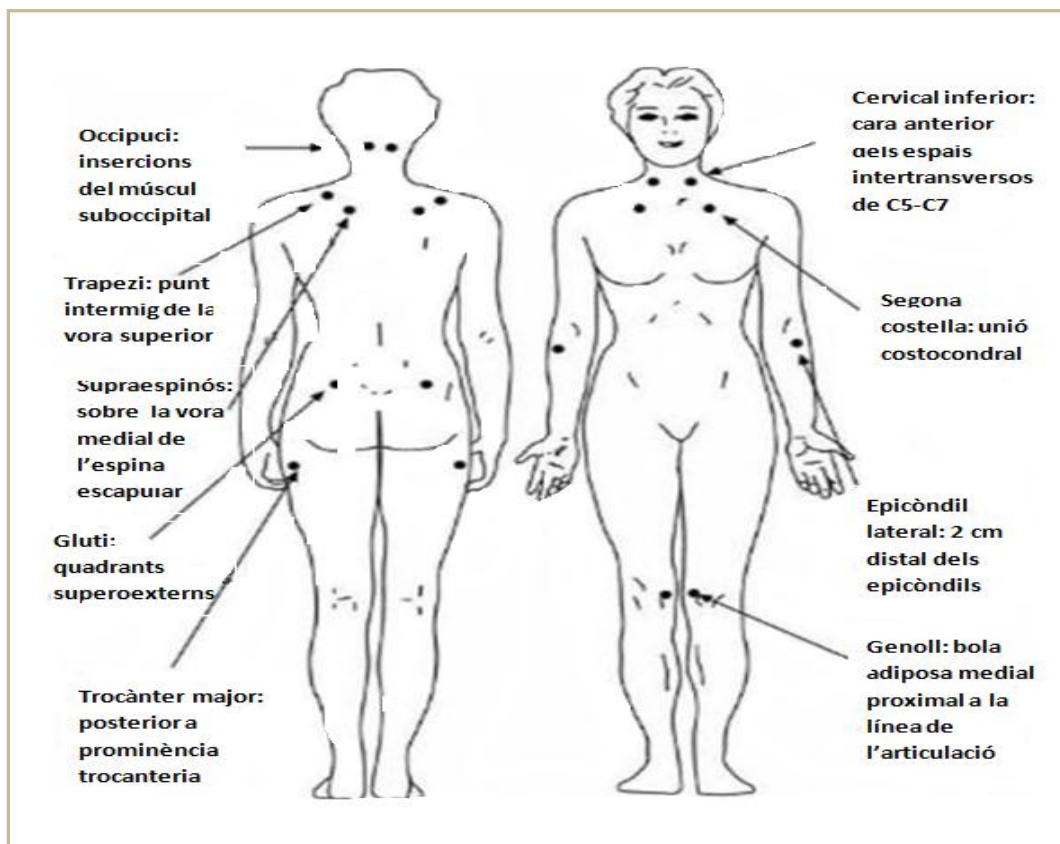


Figura 1. Localització anatòmica dels punts sensibles típics de la fibromiàlgia.

## 2.3 Criteris de classificació de 2010 de l'ACR

Es considera que una persona afectada compleix els criteris diagnòstics de la FM si reuneix les tres condicions següents:

1. Índex de dolor generalitzat (IDG; WPI, en anglès)  $\geq 7$  i índex de gravetat dels símptomes (IGS; SS Score, en anglès)  $\geq 5$ , o IDG 3-6 i IGS  $\geq 9$ .
2. Els símptomes s'han presentat amb la mateixa intensitat durant almenys 3 mesos.
3. La persona afectada no pateix cap altra patologia que pugui explicar el dolor.

Segons les publicacions mèdiques que hi fan referència, aquest nou mètode classifica correctament el 88,1% dels casos diagnosticats pels criteris de l'ACR 1990 i, atès que fonamentalment es basa en la informació aportada pels pacients, no requereix la realització de l'examen físic i no necessita d'un entrenament especialitzat dels observadors i s'adapta molt bé al camp de l'atenció primària.

L'any 2011, Wolfe i col·laboradors van dissenyar els criteris modificats de l'ACR 2010, per tal de permetre una completa autoadministració de l'eina. En aquests nous criteris s'elimina l'avaluació subjectiva realitzada pels metges, i això fa que aquest qüestionari autoadministrat pels pacients esdevingui en una eina útil per als estudis epidemiològics.

Per diagnosticar la FM els autors recomanen l'ús de tots dos criteris de classificació de l'ACR, els de 1990 i els de 2010 modificats, sempre que sigui possible, com a una millor opció que només utilitzar els criteris de l'ACR de 2010 modificats. Els pacients han de complir una de les dues llistes de criteris per ser diagnosticats de FM.

## 2.4 Classificació dels pacients diagnosticats de FM segons la gravetat

L'heterogeneïtat del quadre de la FM implica que no a tots els pacients la FM es presenti i evolucioni de la mateixa manera. Per aquest motiu, Giesecke i col·laboradors van proposar classificar la FM en tres grups, segons que s'hi associï una depressió, hi hagi un important trastorn funcional somatomorf o no hi existeixin alteracions psicopatològiques (Giesecke 2003). Aquesta classificació de la FM segons la gravetat permet homogeneïtzar grups de malalts amb característiques similars i possibles enfocaments terapèutics comuns.

L'any 2010, un panel d'experts espanyols va elaborar un document de consens interdisciplinari per al tractament de la fibromiàlgia a partir d'una revisió dels diversos criteris publicats per a la classificació dels pacients amb FM. Aquest document conclou que la classificació de Giesecke és la que compta amb més evidències científiques i la més útil per

als clínics, perquè permet un abordatge personalitzat dels pacients amb FM sobre la base de les seves característiques clíniques individuals (dolor, depressió, nivells de catastrofisme, etc.) (Alegre 2010). Aquest document de consens estableix recomanacions terapèutiques en funció dels tres grups de gravetat de la fibromiàlgia definits segons els **criteris de Giesecke**.

- a) **Ànim:** mesura la depressió mitjançant l'escala de depressió del Centre d'Estudis Epidemiològics (Center for Epidemiologic Studies Depression Scale, CES-D) i l'ansietat, mitjançant l'Inventari de personalitat estat-tret (State-Trait Personality Inventory, STPI).
- b) **Aspectes cognitius:** avalua el catastrofisme i el control del dolor mitjançant les subescales del mateix nom del Qüestionari d'estratègies d'afrontament (Coping Strategies Questionnaire, CSQ).
- c) **Variables biològiques:** inclou hiperalgèsia / sensibilitat al dolor, valorada mitjançant el dolorímetre i la pressió dolorosa aplicada de forma aleatòria a nivell supralindar.

D'acord amb aquestes tres variables s'obtenen tres grups respecte a la gravetat de la FM que es reflecteixen en la taula que figura tot seguit.

**Taula 1. Classificació de la gravetat de la fibromiàlgia per Giesecke**

Grup 1	Valors moderats de depressió i ansietat Valors moderats de catastrofisme i control del dolor Valors baixos d'hiperalgèsia / sensibilitat al dolor
Grup 2	Valors elevats de depressió i ansietat Valors més elevats de catastrofisme i més baixos de control percebut sobre el dolor Valors més alts d'hiperalgèsia
Grup 3	Valors normals de depressió i ansietat Molt baixos valors de catastrofisme i el més elevat control percebut sobre el dolor Elevat valor d'hiperalgèsia / sensibilitat al dolor

Més posteriorment, altres autors han desenvolupat nous criteris de classificació de la gravetat de la FM. A Espanya s'ha desenvolupat i validat l'índex combinat d'afectació en pacients amb fibromiàlgia (ICAF), que és un qüestionari de 59 ítems (Vallejo 2010; Vallejo 2011).

L'ICAF és una eina per avaluar la gravetat de la FM basada en les seves manifestacions clíniques més prevalents, i s'hi obté una puntuació total de la gravetat global. Les puntuacions

més altes representen més gravetat de la malaltia i les seves conseqüències en la vida dels pacients.

## 2.5 Diagnòstic diferencial

Cal fer el diagnòstic diferencial de la FM, com ja s'ha assenyalat, amb altres patologies reumàtiques o malalties que cursen amb dolor i rigidesa musculoesquelètica i extraarticular, com ara les següents:

- Síndrome de fatiga crònica.
- Malalties doloroses locals:
  - Síndrome del dolor miofascial.
  - Coexistència de diferents formes de reumatisme de parts.
- Malalties reumàtiques:
  - Formes d'inici d'artropaties inflamatòries.
  - Polimiositis/dermatomiositis.

## 2.6 Proves complementàries

No existeixen proves complementàries definitòries de la FM, però en determinats casos es duen a terme les següents:

- Ressonància magnètica funcional.
- Anàlisis químiques (substàncies nociceptives):
  - Augment de la concentració de glutamat a l'amígdala cerebral i el tàlem.
  - Disminució de l'alliberament de dopamina al putamen i els nuclis basals.
  - Disminució de la capacitat de disponibilitat de receptors opioïdes (menys en nombre o menys funcionals).
  - Disminució de la concentració de metabòlits de la noradrenalina (esgotament als processos d'inhibició).
- Prova de consum d'oxigen: consum en relació amb l'esforç que ha de realitzar una persona segons la seva edat i sexe.

En conseqüència, la base del diagnòstic de la FM segueix sent la història clínica juntament amb l'avaluació física i les proves de laboratori bàsiques per descartar altres patologies.

Les guies sobre aquesta patologia de països com Canadà o Alemanya estableixen que, per a una major part dels pacients, el diagnòstic de la FM pot fer-se a l'atenció primària, i que s'hi ha de limitar la participació de l'atenció especialitzada (reumatologia, neurologia o

endocrinologia) per a situacions on existeixi una raonable sospita que es tracta d'altres patologies que puguin confondre's amb la FM o bé quan el tractament presenti desafiaments particulars.

## 2.7 Tractament

El tractament de la FM és simptomàtic, ja que no se'n coneix l'etiologia, i depèn dels símptomes que provoqui la malaltia i de la seva evolució.

### a) Farmacològic

- AINES per millorar la simptomatologia àlgica.
- Antidepressius, en el cas de presentar símptomes associats de caire reactiu; el document elaborat per l'AQuAS conclou que els resultats observats amb la fluoxetina són contradictoris.
- Relaxants musculars, que milloren també el dolor.
- Fàrmacs que augmenten el nivell de serotonina al cervell (segons alguns autors).
- Infiltracions d'anestèsic als punts dolorosos (segons alguns autors).
- S'hi han començat a utilitzar fàrmacs antiparkinsonians.

### b) Millora de la qualitat del son (homeopatia, tècniques de relaxació, mesoteràpia, fitoteràpia, etc.)

Actualment no es poden treure conclusions definitives en relació amb els beneficis de l'homeopatia i, en el cas dels massatges, les tècniques tan heterogènies utilitzades fan que l'evidència en quedi molt limitada.

### c) Rehabilitació (termoteràpia, TENS, mesoteràpia relaxant, etc.)

Segons el document de l'AQuAS de 2006, els resultats en la utilització del TENS són contradictoris i no serveixen de suport per recomanar-ne la utilització.

### d) Exercicis

L'actualització del document de l'AQuAS de l'any 2016 conclou que hi ha alguna evidència dels beneficis de l'entrenament amb exercicis d'enfortiment en la FM i afegeix que alguns estudis han trobat que els beneficis d'un programa d'enfortiment muscular són comparables amb els programes d'exercici aeròbic.

En conclusió, els exercicis poden produir un benefici significatiu en el dolor i la funció, per la qual cosa es recomana l'entrenament cardiovascular per a pacients. Les activitats

aeròbiques de baix impacte, com són caminar de pressa, anar amb bicicleta, nedar o els exercicis a l'aigua, són els que donen millors resultats.

#### e) Teràpia cognitivoconductual (TCC)

Segons alguns estudis, sembla que la TCC produeix una millora significativa en la FM, encara que de magnitud petita en el dolor, l'estat d'ànim i la discapacitat.

#### f) Tractament multidisciplinari

En el document revisat per l'AQuAS de 2016 es recomana que en el cas dels pacients que no responen a un programa d'educació, exercicis i tractament amb un sol fàrmac (monoteràpia), s'utilitzin intervencions addicionals com ara el tractament farmacològic combinat, intervencions psicològiques i teràpia física supervisada, i també es consideri l'opció de consultar altres especialistes.

## 2.8 Avaluació dels pacients amb fibromiàlgia

L'avaluació dels pacients amb FM ha de ser **multidisplinària**:

- Mèdica
- Psiquiàtrica
- Laboral
- Familiar

Les **condicions per fer aquesta avaluació** són les següents:

- Haver fet els tractaments pertinents i haver efectuat un seguiment adequat de cada pacient.
- Participació del pacient.
- Mesura del grau del compliment de les indicacions mèdiques, físiques, psicològiques i ocupacionals.
- Comprovació de les limitacions espontànies o provocades en els pacients durant el tractament.
- Efectes adversos del tractament.
- Grau de guany durant el tractament.

Les **escales més utilitzades** són les següents:

- Qüestionari espanyol d'impacte de la fibromiàlgia o S-FIQ (Spanish Fibromyalgia Impact Questionnaire).
- Escales analogicovisuals proposades per a l'autoavaluació clínica dels pacients.

## 3 Descripció de la síndrome de fatiga crònica

### 3.1 Definició i manifestacions clíniques

La síndrome de fatiga crònica (SFC) és un trastorn el símptoma principal del qual és el cansament i se'n desconeix l'etiologia.

Aquesta síndrome no s'ha evidenciat recentment, sinó que al llarg dels anys s'han descrit situacions clíniques similars.

Les manifestacions clíniques que poden aparèixer estan descrites als criteris diagnòstics que s'especifiquen més endavant.

### 3.2 Criteris diagnòstics

L'any 1988, Holmes et al. van proposar els primers criteris diagnòstics de la síndrome, però no va ser fins a finals de l'any 1994 que Fukuda et al., amb un gran consens, van proposar i generalitzar uns nous criteris diagnòstics per a la SFC anomenats *Criteris internacionals*.

Els Criteris internacionals o de Fukuda van ser àmpliament acceptats i es basen en el compliment de dos criteris majors, definits per la presència de fatiga crònica invalidant de més de sis mesos de durada i per l'exclusió de malalties orgàniques i psiquiàtriques inductores de fatiga crònica, i també en l'existència de criteris associats basats principalment en simptomatologia muscular i neuropsicològica.<sup>2</sup>

---

<sup>2</sup> Documento de consenso sobre el diagnóstico y tratamiento del SFC en Catalunya. Grupo de trabajo: Jaume Alijotas, José Alegre, Joaquim Fernández-Solà, Josep M. Cots, Joima Panisello, Josep M. Peri y Ramon Pujol.

## ■ Criteris internacionals o de Fukuda

**Taula 2. Taula de Fukuda et al.**

**1. Fatiga crònica persistent**, de 6 mesos de durada, com a mínim, o intermitent, inexplicada, que es presenta per primera vegada o que té un inici indefinit i que no és el resultat d'esforços recents, que no millora clarament amb el descans, i que ocasiona una reducció considerable dels nivells previs d'activitat quotidiana dels pacients.

### **2. Exclusió d'altres malalties potencialment causants de fatiga**

De forma concurrent, hi ha d'estar presents quatre símptomes o més dels que es relacionen a continuació, tots quatre han de persistir durant sis mesos o més, i han de ser posteriors a la presentació de fatiga:

- a) Trastorns de la concentració o de la memòria recent.
- b) Odinofàgia.
- c) Adenopaties cervicals o axil·lars doloroses.
- d) Miàlgies.
- e) Poliartràlgies sense signes inflamatoris.
- f) Cefalees d'inici recent o de característiques diferents de les habituals.
- g) Son no reparador
- h) Malestar postesforç durant més de 24 hores.

## ■ Criteris de l'IOM

L'any 2015 l'Institut de Medicina dels Estats Units (IOM) va proposar uns nous criteris pel que fa al diagnòstic de la SFC, també coneguda com a encefalomièlitis miàlgica (EM), EM/SFC. Per establir-ne el diagnòstic cal que hi hagi els **tres símptomes** següents:

1. Una reducció substancial o deteriorament de l'habilitat per realitzar activitats personals, socials, educacionals i laborals en els nivells previs a la malaltia, que persisteix durant més de 6 mesos i s'acompanya de fatiga profunda d'inici recent i definitiva i que no és ocasionada per un esforç excessiu i no s'alleuja substancialment amb el repòs.
2. Malaltia postesforç.
3. Son (descans) no reparador.

També es requereix almenys una de les dues manifestacions següents: deteriorament cognitiu o intolerància ortoestàtica.



S'han d'avaluar la freqüència i la gravetat dels símptomes. Cal qüestionar-se el diagnòstic d'EM/SFC si el pacient no presenta els símptomes esmentats almenys la meitat del temps amb una intensitat moderada a greu.

L'IOM proposa, en l'Informe 2015, un nou nom per a aquesta condició, el de malaltia sistèmica d'intolerància a l'exercici (Systemic Exertion Intolerance Disease, SEID), que en descriu els elements centrals.

Els criteris IOM de 2015 es focalitzen en les conseqüències negatives que pot causar la fatiga extrema física, cognitiva o emocional en els qui pateixen aquesta patologia, i reconeixen la complexitat i gravetat d'una condició de la qual encara s'ignoren les causes específiques.

La variabilitat que s'observa entre els diferents criteris diagnòstics pel que fa al nombre i tipus de símptomes que es requereixen per fer-ne el diagnòstic mostra la controvèrsia existent sobre les característiques que es considera que són la clau de l'EM/SFC.

## Prevalença

A Espanya es desconeixen la prevalença i la incidència real de la SFC i les úniques dades de prevalença i incidència reportades es basen en extrapolacions d'adults als Estats Units o Regne Unit (Alijotas 2002; GC 2006; Ruiz 2011; AQuAS 2011).

En un estudi realitzat als Estats Units l'any 1995 se'n van objectivar entre 75 i 267 casos per 100.000 habitants, i a Austràlia el 1990, 37 casos per 100.000 habitants. Extrapolant les dades, se'n va estimar a Catalunya el 2001 una prevalença d'entre 2.112 i 13.492 casos.

La prevalença mundial de la SFC varia entre 0,2% i 6,41% (Johnston 2013; Maquet 2006). Afecta tots els grups d'edat, però és més predominant en el dels adults en torn els 20 i 40 anys. És més freqüent en les dones, amb una ràtio de 2-6:1 respecte als homes (Ranjith 2005; Maquet 2006; Devanur 2006). Afecta totes les classes socials i ètnies.

## Diagnòstic

Cal remarcar que és fonamental la història clínica, amb les especificacions següents:

- 1. Anamnesi acurada sobre la fatiga** (forma de començament, factors desencadenats, relació amb l'activitat física, etc.), manifestacions articulars, alteracions del son, ansietat, etc.
- 2. Exploració física general** (balanç muscular, punts àlgids, detecció d'adenopaties).

### 3. Exploracions complementàries:

a) Pel que fa a les proves complementàries a realitzar de manera rutinària, la Guia de pràctica clínica de consens de 2012 de l'Associació Internacional de la Síndrome de Fatiga Crònica / Encefalomièlitis Miàlgica (International Association for Chronic Fatigue Syndrome/Myalgic Encephalomyelitis, IACFS/ME) recomana que s'efectuïn les proves de laboratori següents:

- Hemograma.
- VSG.
- Electròlits: sodi, potassi, clorur, bicarbonat.
- Calci.
- Fosfat.
- Glucosa.
- Proteïna C reactiva o PCR.
- Funció hepàtica: bilirubina, FAL, GGT, ALT, AST, taxa d'albúmina/globulina.
- Funció renal: urea, creatinina, taxa de filtració glomerular (FGR).
- Funció tiroïdal: TSH, T4 lliure.
- Estudis de ferro: ferro sèric, capacitat d'unió del ferro, ferritina, vitamina B12 i folats.
- Creatina fosfocinasa o CPK.
- Vitamina D (25-hidroxicolecalciferol).
- Anàlisi d'orina.

b) També es recomana realitzar les proves o estudis següents, segons els símptomes presents, per al diagnòstic diferencial:

- Anticossos antinuclears.
- Radiografia de tòrax.
- Electrocardiograma.
- Endoscòpia, gastroscòpia, colonoscòpia, cistoscòpia.
- Estradiol i hormona fol·liculoestimulant.
- Estudis de buidatge gàstric.
- Anticossos antigliadina i antiendomisi.
- Immunoglobulines.
- Cal descartar malalties infeccioses: VIH, hepatitis, malaltia de Lyme, febre Q, etc.
- Estudis de microbiologia: excrements fecals, mostra de faringe, orina, esput, mostres genitals.
- Cortisol del matí.
- Ressonància magnètica nuclear, si se sospita l'esclerosi múltiple.
- Polisomnografia i prova de latència múltiple del son.
- Prolactina.

- Taxa de renina/aldosterona.
- Factor reumatoide.
- Amilasa sèrica.
- ACTH, test d'estimulació del cortisol.
- Testosterona.
- Prova d'avaluació de la funció autonòmica (*Tilt test*).

#### 4. Valoració psicopatològica:

Per detectar elements d'ansietat i de depressió.

No existeixen qüestionaris específics per al cas de la SFC; es recomana el de Goldberg et al., modificat per Lobo.

Les patologies per fer el **diagnòstic diferencial** que s'han de considerar són les següents:

- Malalties autoimmunitàries/reumatològiques: polimiàlgia reumàtica, artritis reumatoide, lupus eritematós sistèmic.
- Malalties cardiovasculars: cardiomiopatia, claudicació d'extremitats inferiors, malaltia coronària, malaltia valvular cardíaca, foramen oval persistent, hipertensió pulmonar.
- Malalties endocrinometabòliques: malaltia d'Addison, hipertiroidisme, hipotiroidisme, hipercalcèmia, hipocalcèmia, hipogonadisme en els homes, menopausa, síndrome metabòlica, tumor o malaltia de la glàndula pituïtària, dèficit de vitamina B12 o vitamina D.
- Malalties gastrointestinals: malaltia celíaca, intoleràncies o al·lèrgies, malaltia inflamatòria intestinal.
- Neoplàsies malignes primàries o secundàries.
- Malalties hematològiques: anèmies, hemocromatosi, leucèmia o limfoma, síndromes mielodisplàstiques.
- Infeccions: mononucleosi aguda, malaltia per virus Coxsackie, brucel·losis, malaltia per giardia, hepatitis B i C, infecció per HIV, leptospirosi, malaltia de Lyme, parvovirosi, síndrome postpòlio, febre Q, toxoplasmosi, tuberculosi.
- Malaltia neuromuscular: malformació de Chiari, esclerosi múltiple, miastènia greu, miopaties, neuropaties, malaltia de Parkinson.
- Malalties psiquiàtriques: desordre bipolar, ansietat generalitzada, depressió major, trastorn per estrès posttraumàtic, alteracions de la personalitat.

- Malalties respiratòries: aspergil·losi, asma, al·lèrgies, sarcoïdosi.
- Alteracions del son: apnea central, apnea obstructiva, narcolèpsia, síndrome de cames inquietes.
- Altres: abús d'alcohol o de drogues, síndrome d'Ehlers-Danlos, intoxicació per mercuri o per altres metalls pesants, hipersensibilitat múltiple química, intoxicació per pesticides organofosforats, reaccions a fàrmacs.

### Tractament<sup>3</sup>

Com en el cas de la FM, no existeix encara un tractament curatiu. El tractament que s'ha de fer és simptomàtic i consisteix en:

1. Exercici físic controlat: segons les característiques de cada pacient i la fase en la qual es trobi la malaltia.
2. Teràpia cognitivoconductual: millora els símptomes, el grau d'adaptació i la qualitat de vida; i s'ha de fer durant 4-6 mesos, 1 hora per setmana i realitzada per personal especialitzat.
3. Antidepressius: són útils en els quadres depressius reactius associats a la SFC, a l'insomni i a la millora simptomàtica de les miàlgies. No obstant això, els antidepressius no són els fàrmacs per tractar la SFC.
4. Ansiolítics: tampoc s'han d'administrar de forma sistemàtica, sinó que s'utilitzen temporalment com a tractament de l'ansietat i l'insomni, però s'ha de tenir en compte que a dosis elevades poden empitjorar la simptomatologia de la SFC.
5. Mineralocorticoides: quan hi ha també hipotensió ortoestàtica o disfunció orticosuprarenal, encara que el seu ús és discutit.
6. AINE: poden millorar les àlgies associades i les cefalees però no la sensació de cansament.
7. Suplements alimentaris: s'ha vist que no són més efectius que el placebo per a millorar els símptomes de la SFC.
8. Immunoglobulina G: els estudis no n'han mostrat els efectes beneficiosos, potser perquè estan limitats pel baix nombre de participants (Smith 2015).

---

<sup>3</sup> Documento de consenso sobre el diagnóstico y tratamiento del SFC en Catalunya. Grupo de trabajo: Jaume Alijotas, José Alegre, Joaquim Fernández-Solà, Josep M. Cots, Joima Panisello, Josep M. Peri y Ramon Pujol.

## 4 Protocol d'actuació de l'ICAM per emetre el dictamen de valoració

La valoració dels metges de l'ICAM ha de recollir les dades de filiació comunes a qualsevol procediment (nom, data de naixement, domicili, règim d'afiliació, etc.) i els punts que es detallen a continuació.

### 4.1 Anamnesi

Cal centrar-la sobre la simptomatologia en el moment de l'avaluació. Les preguntes s'han de fer dirigides i detallades, i han d'incloure les qüestions específiques següents:

- El **motiu** de la incapacitat temporal (IT), si escau, i les **al·legacions** en les sol·licituds de reconeixement d'incapacitat permanent (IP) o **revisions del grau**, si ja es té reconeguda aquesta situació.
- La **professió** i la situació laboral, per tal de valorar-les, és a dir, si la persona manté la feina o no i el motiu pel qual es troba desocupada, si és el cas; les característiques de l'ocupació, si aquesta requereix un esforç físic important, o bé si hi predomina més l'esforç intel·lectual; si és una feina on hi ha tracte amb públic, i també si es tenen persones al seu càrrec, etc.
- L'existència de **processos d'IT anteriors**, i si es van produir **per la mateixa causa**; les **IP reconegudes o sol·licitades**, i les **revisions de grau efectuades**, en cas de tenir reconegut algun tipus d'IP.
- L'existència **d'antecedents de fibromiàlgia en altres familiars** i/o l'existència de fets biogràfics traumàtics, problemes emocionals i/o laborals, ja que aquests són factors que freqüentment es troben relacionats amb la cronificació dels processos.
- La **data** en la qual es va fer el **diagnòstic**.
- El **professional mèdic que va realitzar el diagnòstic**: si va ser d'atenció primària o de l'atenció especialitzada, o bé si es va fer en una unitat especialitzada.
- Els **síntomes**, per valorar la gravetat de la patologia: la tipologia del dolor (localitzat o generalitzat) i el curs de l'evolució (continua o a brots, i la freqüència i durada dels brots, així com dels períodes intercrítics, si escau).
- El **grau d'interferència** en les activitats de la vida diària (AVD), en les tasques domèstiques, en les activitats lúdiques i en les activitats de relació, per poder-lo avaluar. Així mateix, s'ha de preguntar per la participació en activitats associatives relacionades amb la síndrome, la utilització del transport públic i la conducció de vehicles, per valorar-ho.

- La **presència d'altres patologies relacionades** o associades, com poden ser determinades patologies degeneratives i osteomusculars o trastorns psiquiàtrics, trastorns digestius, endocrins, neurològics i toxicològics.
- Tota la informació sobre el **tractament que s'està realitzant**: si aquest és farmacològic, psicològic, teràpia cognitivoconductual, físic o d'un altre tipus (teràpies alternatives, etc.). S'ha de valorar si la persistència d'algun dels símptomes podria ser ocasionada per possibles efectes secundaris dels tractaments efectuats.
- La manera com es fa el **seguiment** del procés: a l'atenció primària, reumatologia, unitat hospitalària especialitzada, o especialistes privats. Així mateix, cal concretar la **periodicitat de les visites**.

## 4.2 Revisió de la informació aportada pels ciutadans

**S'ha d'efectuar una revisió i comprovació dels informes aportats** d'acord amb els criteris especificats més endavant.

## 4.3 Exploració

L'examen ha d'incloure els aspectes següents:

- L'**observació general** durant l'entrevista i durant l'exploració mateixa.
- L'**exploració física**:
  - S'ha de realitzar, en primer lloc, una inspecció sistemàtica.
  - Cal efectuar llavors l'exploració física completa, i també s'ha de valorar la presència de símptomes no orgànics.
- Una **entrevista psicopatològica** de comprovació.

## 4.4 Informes i proves complementàries

Una vegada s'hagi arribat a aquest punt de l'actuació, si es considera necessari, es poden sol·licitar les visites i exploracions següents:

- Visita a especialistes de psiquiatria.
- Exploració biomecànica per valorar la incidència de la simptomatologia explicada pels pacients en el funcionament físic i/o per identificar limitacions d'altres patologies concomitants.
- Exploració neuropsicològica.

- Visita als especialistes de reumatologia i/o medicina interna.
- Exploració radiològica, si escau.
- Altres informes o proves.

## 5 Criteris que s'han de recollir dels informes i les proves complementàries

Com a criteri general, s'han de valorar els **informes i les proves complementàries** que provenguin dels professionals del sistema sanitari integral d'utilització pública de Catalunya (SISCAT):

- El metge o metgessa de família.
- El metge o metgessa de la resta d'atenció especialitzada (reumatologia, psiquiatria, etc.).
- El metge o metgessa de les unitats d'expertesa per a l'atenció a la fibromiàlgia, síndrome de fatiga crònica i síndrome química múltiple.

També s'han d'avaluar els informes i les proves complementàries realitzats per altres facultatius externs.

**Els continguts dels informes s'han de valorar com els de qualsevol altra patologia, però en especial s'han de tenir en compte els paràmetres següents:**

- **Data** en la qual es va realitzar el **diagnòstic**.
- **Curs clínic i evolució**. Descripció del curs clínic i periodicitat i durada de les crisis, quan evolucioni en forma de brots. En cas que sigui continu, la simptomatologia que presenta i la seva intensitat i evolució.
- **Patologia concomitant i/o associada**, si n'hi ha: digestiva, endocrinològica, reumatològica, psiquiàtrica, neurològica, toxicològica.
- **Exploració clínica** durant les crisis i en els períodes intercrítics de tot el sistema osteomuscular i dels punts sensibles o dolorosos (quants i quins). És insuficient el resultat d'una única exploració. El mateix criteri s'ha de seguir per a la resta de simptomatologia explicada.
- **Proves complementaries practicades** i data de realització. S'han de tenir en compte per valorar-les, la idoneïtat, adequació i evidències científiques.
- **Controls de seguiment** efectuats des de la data en què es va realitzar el diagnòstic i cronologia dels controls.
- **Tractaments efectuats**: farmacològics, rehabilitació amb exercici físic, natació, etc., teràpia cognitivoconductual, i altres, i resposta als tractaments i data en la qual es van realitzar, per tal de valorar els possibles efectes secundaris i si estan esgotades o no les possibilitats de tractament.



En el cas que els informes aportats no continguin les dades necessàries explicades per a la valoració, es pot demanar al metge assistencial corresponent que en faci una ampliació, com també es fa en la valoració de qualsevol altra patologia.

## 6 Criteris de valoració i decisions

**Supòsit I: sense el diagnòstic específic de fibromiàlgia o SFC** o inclòs entre altres diagnòstics sense cap altra especificació

- S'ha de realitzar la valoració habitual.
- Cal fer constar l'apartat "Observacions" del dictamen que és una "fibromiàlgia o SFC sense criteris documentals de la malaltia".
- El resultat de la valoració depèn de l'avaluació de la resta de patologies i de l'existència o no de limitació funcional (orgànica i/o psíquica).

**Supòsit II: amb el diagnòstic de fibromiàlgia o SFC**, realitzat pels metges de família o d'una altra atenció especialitzada i/o de les unitats d'expertesa per a l'atenció a la fibromiàlgia, síndrome de fatiga crònica i síndrome química múltiple

La valoració s'ha de fer sobre les bases següents:

- a) Visita efectuada pel metge o metgessa de l'ICAM (anamnesi, exploració física i psicopatològica).
- b) Informe del metge d'atenció primària o d'una altra atenció especialitzada i/o de les unitats d'expertesa per a l'atenció a la fibromiàlgia, síndrome de fatiga crònica i síndrome química múltiple.
- c) Exploracions complementàries de confirmació sol·licitades pels metges avaluadors de l'ICAM o aportades pels pacients.
- d) Ocupació laboral.

### **Criteris essencials de valoració**

1. Durada del procés: < 0-2 anys, 2-5 anys, > 5 anys.
2. Curs de l'evolució: continu o a brots.
3. Exploració clínica: osteoarticular, neurològica, psicològica.
4. Proves realitzades que descartin altres malalties.
5. Controls de seguiments al cap d'1 any, que orienten sobre la gravetat del procés i la implicació de la persona afectada.
6. Tractaments efectuats: pels efectes secundaris.
7. Ocupació laboral.

S'han descartat altres criteris com l'edat, que pot influir en les malalties concomitants, però no directament en les que són objecte d'aquesta guia, ja que l'interval de distribució abasta des dels 16 anys fins més enllà dels 60 (segons diversos autors). I també se n'ha descartat la coexistència amb altres malalties, ja que per si mateix no s'ha demostrat que n'empitjorin el pronòstic ni que hi influeixin directament, sinó en tot cas s'haurien de valorar per si mateixes com a incapacitants o no.

## 7 Bibliografia

Leta S. Características y respuesta al tratamiento multidisciplinar de pacientes afectas de fibromialgia [tesi doctoral] Barcelona: Universitat de Barcelona. Departament de Psiquiatria i Psicobiologia Clínica. (Programa de doctorat Recerca i clínica dels trastorns mentals). Bienni 1998-2000. [Disponible a: <http://www.tdx.cat/handle/10803/2692>].

Alijotas J, Alegre J, Fernández-Sola J, Cots JM, Panisello J, Peri JM, et al. Documento de consenso sobre el diagnóstico y tratamiento del síndrome de fatiga crónica en Cataluña. Med Clin (Bar) 2002;118(2):73-6. [Disponible a: <http://www.elsevier.es/es-revista-medicina-clinica-2-articulo-documento-consenso-sobre-el-diagnostico-13025247>].

Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud. Grupo de Trabajo de Fibromialgia: Atxutegui G, Collado A, Fernández de la Mota E, González-Escalada JR, López J, Marijuán V, Puime P, Puerto AM. Ordenación de prestaciones. Fibromialgia. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2003.

León FJ. Búsqueda de nuevos criterios de valoración del menoscabo funcional en los procesos de incapacidad permanente con causa en la fibromialgia y/o síndrome de la fatiga crónica: Un enfoque multidisciplinar [tesis]. Leioa: Universidad del País Vasco; 2005.

Generalitat de Catalunya. Departament de Salut. Nou model d'atenció a la fibromiàlgia (FM) i a la síndrome de fatiga crònica (SFC) i pla d'implantació a Catalunya. Barcelona: Departament de Salut; 2006. [Disponible a: [http://www.fibromialgia.nom.es/Nuevo\\_plan\\_fibromialgia\\_sindrome\\_fatiga\\_cronica\\_catalunya.pdf](http://www.fibromialgia.nom.es/Nuevo_plan_fibromialgia_sindrome_fatiga_cronica_catalunya.pdf)].

Marzo J, Martínez O (coord.). Protocolo para el abordaje de la fibromialgia en el ámbito de la atención primaria del Sistema de Salud de Aragón y criterios para su derivación a la atención especializada. Zaragoza: Gobierno de Aragón. Departamento de Salud; 2006.

[Disponible a:

<http://www.aragon.es/estaticos/ImportFiles/09/docs/Ciudadano/InformacionEstadisticaSanitaria/InformacionSanitaria/FOLLETO+FIBROMALGIA.PDF> ].

Carbonell J (coord.), Fernández J, Puig L. Fibromiàlgia i síndrome de fatiga crònica. Quaderns de la Bona Praxi, 24. Barcelona: Col·legi Oficial de Metges de Barcelona; 2007. [Disponible a: <https://issuu.com/comb/docs/praxi24?mode=embed&layout=http%3A//skin.issuu.com/v/light/layout.xml&showFlipBtn=true>].

Resolució 203/VIII sobre l'atenció a la fibromiàlgia i a la síndrome de fatiga crònica. Butlletí Oficial del Parlament de Catalunya, núm. 269 (26 de maig del 2008). [Disponible a: <http://www.parlament.cat/document/nom/08b269.pdf>].

Ortega JA. Valoración médica de la incapacidad o discapacidad de la fibromialgia y fatiga crónica [ponència]. I Congreso Nacional de Fibromialgia y Fatiga Crónica. Madrid: 5, 6 i 7 de juny de 2008.

Ribas P, et al. Tratado medicolegal sobre las incapacidades laborales. 2 ed. Pamplona: Aranzadi; 2008.

## **8 Annexos**

### **Escales de valoració**

Escala 1. Qüestionari espanyol d'impacte de la fibromiàlgia (Spanisch-FIQ, S-FIQ)

Escala 2. Escales analogicovisuals proposades per a l'autovaloració clínica

Escala 3. Valoració de l'estat psicopatològic en la síndrome de fatiga crònica

## **Escala 1. Qüestionari espanyol d'impacte de la fibromiàlgia (Spanish FIQ, S-FIQ)<sup>4</sup>**

Per a les preguntes 1 a 3, assenyalau la categoria que millor descrigui les vostres habilitats o sentiments durant l'última setmana. Si no heu realitzat mai alguna de les activitats per les quals es pregunta, deixeu la resposta en blanc.

<b>1 Vau poder?</b>	<b>Sempre</b>	<b>La major part de les vegades</b>	<b>Ocasionalment</b>	<b>Mai</b>
Anar a comprar	0	1	2	3
Rentar la roba utilitzant la rentadora i la secadora	0	1	2	3
Preparar àpats	0	1	2	3
Rentar els plats a mà	0	1	2	3
Passar l'aspiradora per la catifa	0	1	2	3
Fer els llits	0	1	2	3
Caminar uns centenars de metres	0	1	2	3
Visitar els amics i parents	0	1	2	3
Tenir cura del jardí	0	1	2	3

**2 Dels set dies de la setmana passada, quants us vau sentir bé?**

1    2    3    4    5    6    7

**3 Quants dies de treball vau perdre la setmana passada per la vostra fibromiàlgia?**

1    2    3    4    5    6    7

Per a les preguntes 4 a 10, marqueu a la línia el punt que millor indiqui com us va sentir la setmana passada

<b>4</b>	<b>Quan va treballar, quant us va afectar el dolor o altres símptomes de la FM a la vostra capacitat per treballar?</b>	
	No vaig tenir problemes	Vaig tenir grans dificultats
<b>5</b>	<b>Fins a quin punt heu sentit dolor?</b>	
	No he sentit dolor	He sentit un dolor molt intens
<b>6</b>	<b>Fins a quin punt us heu sentit cansat?</b>	
	No m'he sentit cansat	M'he sentit molt cansat
<b>7</b>	<b>Com us heu sentit quan us heu aixecat al matí?</b>	
	M'he despertat descansat	M'he despertat molt cansat
<b>8</b>	<b>Fins a quin punt us heu sentit engarrotat?</b>	
	No m'he sentit engarrotat	M'he sentit molt engarrotat
<b>9</b>	<b>Fins a quin punt us heu sentit tens, nerviós o ansiós?</b>	
	No m'he sentit nerviós	M'he sentit molt nerviós
<b>10</b>	<b>Fins a quin punt us heu sentit deprimat o trist?</b>	
	No m'he sentit deprimat	M'he sentit molt deprimat



La puntuació total s'obté amb 30 punts com a màxim en la primera pregunta, 7 punts en les dues següents i de 0 a 10 punts en les preguntes de la 4 a la 10.

Els pacients amb fibromiàlgia solen presentar puntuacions al S-FIQ al voltant dels 50 punts de mitjana, encara que en els casos greus les puntuacions són superiors a 70.

És un qüestionari molt sensible als canvis i és especialment útil en la valoració de la resposta terapèutica. Els canvis inferiors al 30% sobre l'avaluació inicial (poca o cap millora) no solen presentar variacions de la puntuació al S-FIQ. No obstant això, els pacients que milloren en més d'un 30% presenten variacions en el S-FIQ d'entre el 21% i el 41% (12-18 punts).

## Escales 2. Escales analogicovisuals proposades per a l'autovaloració clínica en l'atenció primària dels pacients amb fibromiàlgia

### Escales visual analògica del dolor (EVA)

**Quina és la intensitat del dolor?**

Marqueu a l'escala del 0 al 10 la intensitat del dolor.

On: 0 = "Absència de dolor" i 10 = "Dolor insuportable"

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

### Escales visual de l'estat d'ànim

**Com us sentiu?**

Marqueu a l'escala del 0 al 10.

On: 0 = "No em sento trist" i 10 = "Em sento tan trist que no ho puc suportar"

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

### Escales visual de dificultat per a les activitats de la vida diària

**Quines dificultats teniu per a la realització de l'activitat habitual?**

Marqueu a l'escala del 0 al 10.

On: 0 = "Cap dificultat" i 10 = "Gran dificultat"

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

### **Classificació del grau d'afectació vital**

- Afectació vital lleu: puntuacions a les escales de valoració inferiors al 50% i sense interferència amb les activitats de la vida diària o amb mínima interferència.
- Afectació vital moderada: puntuacions entre el 50% i el 75% i interferència moderada amb les activitats de la vida diària.
- Afectació vital greu: puntuacions superiors al 75% i marcada interferència amb les activitats de la vida diària (impossibilitat per realitzar un treball o una funció).

### Escales 3. Valoració de l'estat psicopatològic en la síndrome de fatiga crònica (versió de Lobo et al., modificada per Golberg et al.)

Ens agradaria fer-vos algunes preguntes sobre com ha estat el vostre estat d'ànim al llarg de l'últim mes.

#### Escales A-1

- |    |   |        |        |
|----|---|--------|--------|
| 1. | Us heu sentit excitat, nerviós o en tensió?             | 0 = No | 1 = Sí |
| 2. | Heu estat molt preocupat per alguna cosa?               | 0 = No | 1 = Sí |
| 3. | Us heu sentit molt irritable?                           | 0 = No | 1 = Sí |
| 4. | Heu tingut dificultats per relaxar-vos?                 | 0 = No | 1 = Sí |
| 5. | Heu dormit malament; heu tingut dificultats per dormir? | 0 = No | 1 = Sí |

#### Escales A-2

- |    |  |        |        |
|----|--|--------|--------|
| 1. | Heu tingut mal de cap o al clatell?                | 0 = No | 1 = Sí |
| 2. | Heu tingut tremolor i/o formigueig i/o mareig?     | 0 = No | 1 = Sí |
| 3. | Heu estat preocupat per la vostra salut?           | 0 = No | 1 = Sí |
| 4. | Heu tingut alguna dificultat per conciliar el son? | 0 = No | 1 = Sí |

#### Escales D-1

- |    |                                       |        |        |
|----|---------------------------------------|--------|--------|
| 1. | Us heu sentit amb poca energia?       | 0 = No | 1 = Sí |
| 2. | Heu perdut interès per les coses?     | 0 = No | 1 = Sí |
| 3. | Heu perdut la pròpia confiança        | 0 = No | 1 = Sí |
| 4. | Us heu sentit trist, sense esperança? | 0 = No | 1 = Sí |

#### Escales D-2

- |    |   |        |        |
|----|---|--------|--------|
| 1. | Heu tingut dificultats de concentració?                 | 0 = No | 1 = Sí |
| 2. | Heu perdut pes per falta de gana?                       | 0 = No | 1 = Sí |
| 3. | Us desperteu massa d'hora?                              | 0 = No | 1 = Sí |
| 4. | Us heu sentit alentit?                                  | 0 = No | 1 = Sí |
| 5. | Creieu que heu tingut tendència a estar pitjor al matí? | 0 = No | 1 = Sí |

La valoració es basa en 4 escales A-1, A-2, D-1 i D-2. Si hi ha 2 o més respostes afirmatives en l'A-1 es passa a l'escala A-2. Posteriorment, la persona ha de respondre a les preguntes de l'escala.

Si hi ha alguna resposta afirmativa a l'escala D-1, s'ha de fer que contesti les preguntes de l'escala D-2. Al final, s'han de sumar les puntuacions i s'obté una valoració global de l'estat psíquic. Als casos amb una puntuació major de 2, es recomana una valoració psiquiàtrica específica.

**Valoració global de l'estat psíquic:**

- 0 = Absència de símptomes
- 1 = Símptomes dintre de la normalitat
- 2 = Presència de trastorn psíquic
- 3 = Trastorn psíquic greu